

給 付 支 給 決 定 並 び に 支 出 伺										伺 年 月 日			
常務理事	事務長	担当者	円							決裁年月日			
										支 給 額		自 令和 至 令和	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
(マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください)

海 外 用		被保険者・家族 療養費支給申請書	
ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿			

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 記 号 - 番 号		記号	9	9	番号	1	2	3	4
	受 診 者 氏 名		フリガナ ケンボ ハナコ		受診者の生年月日		昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和			
	傷 病 名		風邪		初診年月日		平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日			
	発病又は負傷の原因		不明							
	症 状 の 概 要		風邪による発熱、咳、のどの痛み							
	処 方 、 手 術 その他の概要		診察および薬の処方							
	病院等で療養を 受けた期間		自 R○年○○月○○日 4 日間 至 R○年○○月○○日		受けた療養に対し 病院等で支払った額 (通貨及び国名)		通貨	USD		
							金額	\$ 5 0 . 0 0		
							国名	米国		
	上記により請求します。 ただし、保険給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 〒○○○-○○○○ 住所 ○○○○○○○○ 被保険者氏名 健 保 太 郎 電話 ○○○ ○○○ ○○○○									

※ 被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
-----	---

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた保険給付金の受領は貴組合との間で決められている 所定の方法で受けとります。			
	令和 年 月 日			
	受任者 事業所 所 在 地 名 称 事業主氏名			

※必ず海外療養費調査に関わる同意書を記入・提出してください。
※パスポート (本人確認欄・入出国日付押印の査証欄又は査証)、航空券等の渡航事実が確認できる書類の写し、又は事業主の証
明を添付してください。
※入院、入院外毎に1ヶ月単位で請求してください。
※医科は診療内容明細(様式A)と領収明細書所(様式B)と領収書、歯科の場合は領収明細書(歯科)と領収書を必ず添付してください。
※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。